compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023873715	LAURA GRISELLE TORRES PINEDA	CL 60SUR 10A 28ESTE	3043352172	lauratorrespineda2101@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2022-10	2022-10	I	10/11/2022

DETALLE POR COTIZANTE

No.	Tipo	Nr. de identificación	Apellidos y Nombres	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF
1	CC	1023873715	TORRES PINEDA LAURA GRISELLE	231001	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS002	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	1	24.400	CCF24	1.000.000

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 1

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023873715	LAURA GRISELLE TORRES PINEDA	CL 60SUR 10A 28ESTE	3043352172	lauratorrespineda2101@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-10	I	10/11/2022	63734908	$331.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades No. Autorización	Incapacidades Valor	Licencia Maternidad No. Autorización	Licencia Maternidad Valor	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	125.000	0		0		0	4	800	0	125.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	160.000	0	0	0	0	4	1.000	0	161.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Incapacidades Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	800256161-9	24.400				24.400	4	200	24.600			244	24.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20.000	4	200	20.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.800
Pensión	1	160.000	161.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.600
CCF	1	20.000	20.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329.400	331.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	TORRES PINEDA LAURA GRISELLE				
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023873715		
CORREO	lauratorrespineda2101@gma	CELULAR	3182899399		
PROCESO:	Programas y AISP				
SERVICIO:	Programas y AISP	UNIDAD:	Ferias		

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K27											

BANCO	10		
NUMERO CUENTA BANCARIA	24025958058	TIPO CUENTA	AHORROS

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6667-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	2311	FECHA	08/09/2022	NÚMERO DE CRP: 1	42436	FECHA	10/09/2022
NÚMERO DE CDP: 2	2538	FECHA	01/10/2022	NÚMERO DE CRP: 2	45675	FECHA	01/10/2022
NÚMERO DE CDP: 3	3060	FECHA	24/11/2022	NÚMERO DE CRP: 3	51813	FECHA	24/11/2022
OBJETO:	TÉCNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERÍA						

PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	11	2022		30	11	2022
TIPO SERVICIOS	PIC			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	2,299,415	VALOR LETRAS							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	5,834,864
VALOR EJECUTADO:	5,834,864
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,332
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
62724959	125,000	160,000	3	24,400	20,000	329,400
	0	0		0	0	

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Sandra

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Laura Torres Pineda

TORRES PINEDA LAURA GRISELLE
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: Entorno hogar			**UNIDAD:**		**SALUD PUBLCA FERIAS**		
No. DE CONTRATO: 6667-2022	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	11	2022	30	11	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LAURA GRISELLE TORRES PINEDA	**DOCUMENTO:** 1023873715						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como TÉCNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución, conforme a lo previsto en el Convenio PSPIC vigente.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Confirmación y actualización de datos básicos y presencia de usuario en residencia **Implementar acciones de información, educación y promoción de los derechos, deberes y servicios de salud de los usuarios atendidos**	Se entregan productos de acuerdo a meta socializada para el mes de Junio con los criterios de calidad soportado en certificación mensual.
4.Evaluación y clasificación del riesgo en salud individual según anexos operativos del Contrato PIC	Se realizan actividades de Abordaje Territorial, se les brinda acciones de información y educación para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el entorno hogar en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud de la Subred y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en los formatos establecidos por SDS.
5.Gestionar y/o asignar la cita a las consultas que los usuarios requieran según su clasificación del riesgo e informarles de manera oportuna y concertada	Se realiza remision abordaje a equipos de atencion en casa a los uarios de Capita salud que según su clasificacion de riesgo o necesidad lo requiera.
6.Canalización y activación de rutas a otros componentes del PIC, servicio de urgencias cuando se requiera y/o a servicios sociales e intersectoriales para anticiparse a factores negativos que pueda afectar la salud de la población intervenida a través de la movilización de los recursos familiares e institucionales con su respectivo seguimiento a la efectividad de las mismas.	caracterizaciones de familias en zonas Abordaje Territorial y se realiza respectiva canalizacion según requerimiento o clasificaion de riesgo de cada usuario.
7.Aplicar instrumento de necesidades de atención en acciones de protección especifica y detección temprana según normatividad vigente	Entrega de 57 soportes de los productos solicitados con los criterios de calidad garantizando el alistamiento oportuno para los procesos de auditoria y certificación

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($) 2,299,332 DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

Laura Torres Pineda

NOMBRE COMPLETO: LAURA GRISELLE TORRES PINEDA

CC: 1023873715

Fecha : 30/11/2022

Firma de recibido supervisor:

DRA SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

DIRECTORA DE GESTION DEL RIESGO

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.